

請 求 用

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者による退職手当金請求手続きに係る委任状

受任者 (勤めていた先)	住所
	共済契約者名

私は、社会福祉施設職員等退職手当共済法で規定する退職手当共済契約に基づき、退職手当金の請求を行うにあたり、上記の者を代理人と定め、退職手当金請求書の作成及び提出、請求に関する問い合わせに対する対応、訂正、取り下げ、その他これに関する一切の権限を委任します。

年月日	年 月 日
委任者 (退職者)	住所
	氏名

※退職手当金請求事務を共済契約者（勤めていた先）に委任する場合には、上記委任状に必要事項を記入し、退職手当金請求時に共済契約者が退職共済システムへアップロードしてください。

※必ず委任者（退職者）本人が自署してください。